Salomon, Oscar
Berlin

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/ubergesichtslage0000osca

Lane Medical Library

EIN BEITRAG ZUR LEHRE VON DEN GESICHTSLAGEN.

ÜBER GESICHTSLAGEN MIT ZUR SEITE GERICHTETEM KINN.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG DER MEDICINISCHEN FACULTAT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

AM 13. JUNI 1890

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

OSCAR SALOMON

AUS NEUWIED A. RHEIN.

OPPONENTEN:

Herr Dr. med. **HERMANN JACOBY.**
„ Dr. med. **EMIL MISLOWITZER,** pract. Arzt.
„ Dr. med. **SEBALD KÖHLER.**

BERLIN.
DRUCK VON BRUNO RICHTER
LEIPZIGERSTRASSE 31.

Seinen teuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

In der Mitte des vorigen Jahrhunderts herrschte unter den Geburtshelfern eine grosse Meinungsverschiedenheit, ob man die Gesichtslagen zu den Eutokien oder Dystokien rechnen sollte. Die meisten behaupteten, ein Kind könne in Gesichtslage ohne operative Hülfe nicht geboren werden, und machten daher in jedem Falle die Wendung auf die Füsse. Deshalb finden wir in den Statistiken der Kliniken aus jener Zeit sehr wenig spontan verlaufende Gesichtsgeburten, wodurch die Prognose derselben entschieden getrübt wurde. Es ist ein grosses Verdienst L. J. Boers die Behauptung aufgestellt und den Nachweis geführt zu haben, dass die Gesichtsgeburten in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle durch die Naturkräfte zu Ende geführt würden und daher zu den naturgemässen zu rechnen seien. Daran zweifelt auch heute kein Geburtshelfer mehr, und wenn wir die Berichte der grösseren Entbindungsanstalten durchsehen, so beobachten wir, dass durch eine exspectative Behandlung eine grosse Menge lebender Kinder erzielt worden ist. Freilich ist die Prognose selbst bei Gesichtslagen mit normalem Mechanismus nicht ganz so gut wie bei Schädellagen; nach Schroeder[1]) beträgt die Mortalität der Kinder 13% gegen 5% bei letzteren. Dies ist das Verhältnis bei uncomplicierten Fällen, bei engem Becken und ungewöhnlichem Mechanismus steigt die Mortalität der Kinder bedeutend.

Der gewöhnliche Geburtsmechanismus ist kurz folgender: Der gerade Durchmesser des Gesichts stellt sich quer auf den Beckeneingang, bisweilen auch schräg mit dem Kinn nach vorn oder hinten. Im Beginn der Geburt steht das Kinn höher als die Stirn und kommt erst allmählich tiefer, so dass es dem untersuchenden Finger fühlbar wird. Wir haben zunächst eine Stirnlage. Ist der Muttermund völlig erweitert und die Gesichtslage total ausgebildet, so tritt das Kinn in den meisten Fällen, auch wenn es nach hinten gerichtet war, tiefer und nach vorne. Diese Drehung des Kinns

tritt, wie die Erfahrung lehrt, unter Umständen sehr spät ein; namentlich wenn das Becken nur ein wenig verengt ist, vollzieht sich die Drehung bisweilen in dem Momente, wo das Gesicht schon stark gegen den Beckenboden drückt. Nach der Drehung des Kinns erscheint zuerst in der Rima der vordere Mundwinkel; das Kinn stemmt sich unter die Symphyse, und über dem Damm erscheinen Nase, Augen, Stirn und der Schädel.

Die Eigentümlichkeit der Drehung des Kinns bei Gesichtslagen muss sich jeder Geburtshelfer immer vor Augen halten, denn nur dann wird er sich vor vorzeitigen operativen Eingriffen hüten, die manchmal leider zu den traurigsten Ausgängen für Mutter und Kind geführt haben.

Dieser Geburtsmechanismus erleidet jedoch bisweilen einige Abweichungen. Die Drehung des Kinns unterbleibt in seltenen Fällen; die Geburt kann dann auf natürliche Weise nicht von statten gehen, da Hinterhaupt und Brust die obere Beckenapertur zusammen passieren müssten.

Unter den Abweichungen vom Mechanismus finde ich bei keinem Autor die Möglichkeit berücksichtigt, dass das Kinn sich von hinten zur Seite drehen und in dieser Stellung verharren kann. Dass solche Fälle vorkommen können, werden wir im Verlaufe dieser Abhandlung an einer Reihe von Geburten nachweisen. Man fühlt in diesen Fällen die Nase im Querdurchmesser des Beckens verlaufend und das Kinn entweder nach rechts oder links gerichtet, Positionen, die sich als mentodextrolateral und mentosinistrolateral bezeichnen liessen. In der Litteratur und den Journalen der geburtshilflichen Klinik und Poliklinik der kgl. Charité fand ich 19 derartige Fälle verzeichnet, wo das Kinn zur Seite gerichtet war und dauernd blieb, so dass die Geburt operativ zu Ende geführt werden musste. Wir geben gerne zu, dass vielleicht in dem einen oder anderen dieser Fälle sich das Kinn im Verlaufe der Geburt nach vorne gedreht haben würde, wenn man noch länger hätte warten können; es traten dann jedoch Momente ein, die eine sofortige Entbindung verlangten, und da müssen wir uns die Frage vorlegen, wie behandelt man solche mentolateralen Gesichtslagen am zweckmässigsten.

Wir müssen hier verschiedene Möglichkeiten in Betracht ziehen, um die Frage vollständig zu erledigen. Ist das Kinn zur Seite

gerichtet und das Gesicht noch beweglich über dem Becken, und tritt dann eine Complication ein, welche schleunige Entbindung der Mutter verlangt, so ist über die Behandlung des Falls kein Zweifel. Man wird sich, wenn der Muttermund einigermassen erweitert ist, zur Wendung auf die Füsse entschliessen, um so die Beendigung der Geburt in jedem Augenblick in der Hand zu haben. Dieser Fall kommt aber eigentlich in Beziehung auf unsere mentolateralen Positionen so gut wie gar nicht in Betracht; denn bei entstehender Gesichtslage befindet sich ja, wie oben schon bemerkt, das Kinn immer mehr oder weniger zur Seite gerichtet.

Ist jedoch der Kopf unbeweglich fest in mentolateraler Position in das Becken eingetreten, und dreht sich das Kinn nicht nach vorne, so kommt bei der Therapie in Frage: Ist die Frucht abgestorben oder lebt sie noch?

Bei totem Kinde wird man nicht schwanken; man wird perforieren und mit dem Kranioklasten die Extraction des perforierten Kindes vornehmen. Es ist klar, dass bei dieser Therapie die mentolaterale Position als solche eliminiert wird; der gehörig verkleinerte Schädel ist leicht beweglich und passiert in jeder Stellung das Becken.

Anders verhält es sich bei lebendem Kinde. In diesem Falle müssen wir natürlich in allererster Linie das Allgemeinbefinden der Mutter in Betracht ziehen. Ist dasselbe gut, so liegt durchaus kein Grund vor, rein der mentolateralen Position wegen irgendwie einzuschreiten; man behandelt den Fall, wie jede andere Gesichtslage exspectativ. Durch Lagerung der Kreissenden auf die Seite, nach welcher dass Kinn gerichtet ist, durch Regulierung der Wehen, des Stuhlgangs, des Schlafes kann man bisweilen in solchen Fällen viel erreichen. Jedenfalls suche man nicht zu schaden, denn jedes vorzeitige operative Eingreifen kann nur zum Nachteile des Kindes und der Mutter führen. Treten jedoch stricte Indicationen zu sofortiger Entbindung ein, steigt die Temperatur der Frau, wird der Ausfluss übelriechend, stellen sich Convulsionen ein, kurzum treten Erscheinungen von Seiten der Mutter auf, welche überhaupt bei jeder Kindeslage eine schleunige Entbindung erfordern, oder werden die foetalen Herztöne schneller oder langsamer, so müsste zur sofortigen künstlichen Entbindung geschritten werden. Als Operationsmethoden kämen hierbei in Betracht, die Wendung und Extraction.

die Extraction mit der Zange, die Umwandlung der mentolateralen Gesichtslage in eine Schädellage durch combinierte Handgriffe und in letzter Instanz die Perforation und Extraction des enthirnten Kindes mit dem Kranioklasten.

Wie schon bemerkt, ist die Wendung in solchen Fällen, wo die Frau schon lange gekreisst, meistens unmöglich. Nach Abfluss des Fruchtwassers hat sich der Uterus fest um die Frucht contrahiert, der Kopf ist im oder auf dem Becken fixiert, es ist eine stärkere Ausziehung des unteren Uterinsegmentes vorhanden, so dass in der Regel ein Wendungsversuch misslingt oder zur Ruptur führt. Man wäre demnach auf die Zangenapplication angewiesen, vorausgesetzt dass die Vorbedingungen zu dieser Operation erfüllt sind. Überlegen wir uns, wie wir die Operation ausführen müssten. Angenommen, der Schädel steht in der oberen Beckenapertur, die Gesichtslinie verläuft im Querdurchmesser des Beckens, die Stirn liegt links, das Kinn rechts, wir hätten also eine Gesichtslage in mentodextrolateraler Position vor uns, so würde der linke Zangenlöffel ganz gut liegen können und den Schädel fassen, der rechte würde jedoch keinen Halt besitzen, denn er würde über das Kinn hinausragen und den Hals erreichen. Die Zange ist für kugelige Körper construiert und kann einen mehr länglichen, platten Körper lange nicht mehr so sicher fassen. Sie wird also unfehlbar abgleiten und kann dabei die ärgsten Quetschungen und Verletzungen der mütterlichen Weichteile hervorrufen, deren ernste Folgen ja zu bekannt sind, um sie hier schildern zu sollen.

Ein Ausnahmefall wäre jedoch möglich; wenn der rechte Löffel mit einiger Gewalt an den kindlichen Hals gedrückt wird, so kann sich der Hals in das Fenster einklemmen, und es wird dann nicht zum Abgleiten des Forceps kommen. Aber was geschieht dann? Die Halsgefässe, die bei Gesichtslage schon gewöhnlich durch die Beckenwand etwas gedrückt werden, werden beim Schliessen der Zange auf das heftigste comprimiert; es wird eine Gehirnhyperaemie entstehen, wodurch möglicherweise die Atmung hervorgerufen wird; das Kind wird tief asphyctisch und geht zu Grunde. Der Kopf kann natürlich unter gewöhnlichen Verhältnissen in mentolateraler Position das Becken nicht passieren, sondern die unterbliebene Drehung soll mit der Zange nachgeholt werden; die Zange soll also zuerst als Hebel und später erst als Extractionsinstrument benutzt werden.

Wir wollen zugeben, dass es so bisweilen gelingen kann, die Drehung noch hervorzurufen, aber der Effect ist ein unbefriedigender; das Kind stirbt regelmässig bei der Operation ab, sei es nun durch Druck auf die Halsgefässe oder durch die lange Dauer des operativen Eingriffs. Ein vorsichtiger und erfahrener Operateur wird es sich natürlich trotzdem nicht nehmen lassen, die Zangenapplication zu versuchen, und wenn er merkt, dass die Zange gleitet, sofort dieselbe abnehmen; wenn es dabei bliebe, dann wäre dieser Versuch ja auch gerechtfertigt. Aber die Gefahr liegt zu nahe, wie die Erfahrung leider schon oft genug gelehrt hat, dass der Arzt aus rein äusseren Gründen in seinen Versuchen fortfährt. Der Kopf wird, da das räumliche Missverhältnis zwischen Schädel und Becken ein zu grosses ist, nicht folgen und das ominöse Abgleiten tritt ein; durch das gewaltsame Einzwängen des Schädels kommt es zu lebensgefährlichen Quetschungen des unteren Uterinsegmentes, Scheidenrissen, Blasenscheidenfisteln. Wirkt die Kraft geradezu roh, so kann es zu Zertrümmerung der Schädelknochen des Kindes kommen; damit ist freilich die mentolaterale Gesichtslage und das Geburtshindernis als solches aufgehoben, jedoch die Frucht unfehlbar getötet.

Wenn der Arzt jedoch vorsichtig ist und nicht in starrer Consequenz, die einmal begonnene Operation auch zu Ende zu führen, beharrt, sondern von weiteren Versuchen absteht, so kann ihn bisweilen eine gar nicht so selten auftretende secundäre Wehenschwäche doch bald veranlassen, auf ein Mittel zu sinnen, die Geburt zu beendigen.

Verlangen doch gerade Gesichtslagen, die mehr oder weniger häufig mit engem Becken compliciert sind, zu ihrer Beendigung äusserst kräftige Wehen, da durch die Biegung des Kopfes ein grosser Teil des Fruchtaxendrucks geradezu verloren geht, weil derselbe nicht auf den Schädel direct wirkt, sondern abgelenkt wird. Dann ist der Fall in ein Stadium getreten, in welchem das Kind überhaupt verloren ist.

Man wird also so lange als möglich die Geburt exspectativ behandeln; treten aber Erscheinungen von Seiten der Mutter auf, welche eine schleunige Entbindung erfordern, so kann man ja einen kurzen Zangenversuch unter der grössten Vorsicht im Interesse des Kindes riskieren, merkt man jedoch, dass der Kopf nicht folgt, so perforiere man schleunigst das lebende Kind.

Von Helly[2]) bezeichnet in solchen zum Glück nicht sehr häufigen Fällen das Kind, trotzdem es lebt, als nicht lebensfähig und äussert sich darüber folgendermassen: „Drängt sich durch den misslungenen Versuch selbst die Ueberzeugung von der Unzulänglichkeit der Zange auf, so ist unmittelbar darauf die Perforation anzuschliessen. Mit der Eröffnung des Schädels zu warten, bis der Foetalpuls völlig erlischt, wird von einem Teil der Geburtshelfer dringend verlangt. Da aber nach einem so gewaltsamen Eingriff von der Wehenkraft nichts mehr zu erwarten ist, eine Frucht, deren Kopf man sich bemüht hat, in den relativ zu engen Raum des Beckens hineinzuzwängen trotz der wahrnehmbaren Herztöne nicht als lebensfähig zu betrachten ist, ein Aufschub der Perforation die Frucht ganz bestimmt nicht rettet und die Aussicht auf die Erhaltung der Mutter ernstlich trübt, so hat sich in neuerer Zeit der grösste Teil der Geburtshelfer dafür entschieden unter solch desparaten zum Glück seltenen Verhältnissen die Frucht, die ohnehin rettungslos verloren ist, trotz der hörbaren Herztöne zu perforieren als durch längere Passivität einen Zustand hervorzurufen, unter dessen Einfluss Kind und Mutter zu Grunde gehen."

Wir haben bis jetzt nur die Möglichkeit berücksichtigt, dass bedrohliche Erscheinungen von Seiten der Mutter die sofortige Entbindung bei mentolateraler Gesichtslage erforderten. Der Zustand des Kindes kann nach dem oben Gesagten kaum eine Indication zur Beendigung der Geburt abgeben, denn wir sind ebenfalls geneigt mit von Helly ein sich in dauernder mentolateraler Gesichtslage präsentierendes Kind als lebensunfähig zu betrachten. Wie wir an den folgenden in der kgl. Charité beobachteten und aus der Litteratur zusammengestellten Fällen sehen werden, waren die Resultate der Zangenapplication bei mentolateraler Gesichtslage äusserst ungünstige: entweder wurden die vorher lebenden Kinder mit grosser Mühe tot zu Tage gefördert oder nach versuchter Zangenanlegung musste doch perforiert wenden.

Es ist hier stillschweigend vorausgesetzt, dass in all diesen Fällen die Vorbedingungen für die Zangenapplication erfüllt waren, doch hatten wir zunächst den ungünstigsten Fall bei unseren Betrachtungen im Auge; wir nahmen an, dass der Kopf bei mentolateraler Gesichtslage ziemlich hoch stand. Unter diesen Verhältnissen sind bekanntlich die Resultate der Zangenapplication überhaupt nicht die glänzendsten; man kommt bisweilen gar nicht über

den Versuch „einer hohen Zange“ auch bei Schädellage und engem Becken hinaus und sieht sich sehr bald genötigt zum Perforatorium zu greifen. Um wieviel eher muss da der Zangenversuch bei hoher mentolateraler Gesichtslage, die leicht mit engem Becken compliciert ist, misslingen?

Derartig complicierte Fälle sind relativ noch die selteneren; am häufigsten steht der Kopf im unteren Teile der Beckenhöhle oder das Gesicht drückt schon auf den Beckenboden. Dann müsste man natürlich die Zange anders anlegen, da man den Kopf günstiger fassen kann. Die Zange wird in den schrägen Durchmesser und zwar bei der ersten Gesichtslage parallel in den rechten, bei der zweiten parallel in den linken schrägen Durchmesser angelegt. Nach von Helly[2]) ist die Bewegung nach vorne unter den Schambogen allmählich und während des Anziehens der Zange vorzunehmen, weil, wenn man dies unterlässt, die Zange sich wohl um den Kopf, der Kopf sich aber nicht mit der Zange drehen lässt. Gelingt es nun auf diese Weise wirklich, das Kinn nach vorne zu bringen, ein Erfolg der immerhin sehr wenig sicher ist, so hat man leider damit auch nicht viel erreicht; man hat durch diese Manipulationen das kindliche Leben auf das höchste gefährdet. Unter unseren Fällen findet sich nur ein einziger, in dem es gelang, ein lebendes Kind in mentolateraler Gesichtslage mit der Zange lebend zu Tage zu fördern. Dieser Fall wird von Poppel[3]) mitgeteilt: Nachdem bei einer 30jährigen Erstgebärenden die Eröffnungsperiode drei und die Austreibungsperiode acht Stunden gedauert hatten, blieb der in zweiter Gesichtslage vorliegende Kopf im Beckenausgange in vollständig querer Richtung stehen, und so schien dieses Ausbleiben der Rotation nach vorne ein Geburtshindernis abzugeben, das nach exspectativer Behandlung, bei der die Wehen immer wirkungsloser wurden, die Zangenanlegung indicierte; die Zange wurde im linken schrägen Durchmesser angelegt und zugleich beim Zuge eine Rotation in den queren Durchmesser bewirkt, so dass das Gesicht in der normalen Richtung geboren wurde. Das Kind, ein Knabe von 3500 gr. Gewicht, war stark asphyctisch, wurde aber wiederbelebt.

So vielversprechend dieser eine günstige Ausgang ist, so wenig beweist er, dass die Zangenapplication bei mentolateraler Gesichtslage eine für das Kind irgendwie günstige Prognose erlaubt; man ist nach den weiter mitzuteilenden Geburtsgeschichten eher geneigt, dies Ereignis als einen glücklichen Zufall anzusehen.

Wir können daher die Ansicht Martins[4]) nur als theoretisch richtig anerkennen, wenn er sagt: „Sollte die Kinnspitze hinter dem Beckenausgange wie bisweilen nach der Seite oder nach hinten gerichtet sein, so wird die Application der Zange schwieriger, allein die Ausziehung gelingt, wenn man das Kinn unter den Schambogen führt." Martin giebt den Rat denjenigen Löffel zuerst und zwar hinter das Kinn anzulegen, welcher vor die Synchondrosis sacroiliaca zu liegen kommt, nach welcher das Kinn hingewandt ist, indem man das Kinn bei der Application des anderen Löffels zu fixieren oder nach vorne zu drehen sich bemüht. Leider ist dies in der Praxis nicht so leicht; und gelingt es, so ist der Endeffect ungünstig.

Zum Beweise unserer Behauptung, dass eine Zangenapplication bei mentolateraler Gesichtslage entweder ein totes Kind zu Tage gefördert oder unmöglich war, so dass die Perforation angeschlossen werden musste, erlauben wir uns einige Fälle mitzuteilen, die gleichzeitig zeigen, dass dieser abnorme Geburtsmechanismus, der bisweilen ganz in Abrede gestellt wurde, doch nicht so ungeheuer selten ist, wie man gewöhnlich anzunehmen geneigt ist.

Genth[5]) beobachtete eine Gesichtslage bei einer robusten, von Jugend auf gesunden Frau. Die Kreissende war eine VI para, schon fünfmal wegen Enge des oberen Beckeneingangs mit ärztlicher Hilfe entbunden worden.

1. Kind war tot zur Welt gebracht.
2. Kind durch hohe Zange lebend.
3. Kind ebenso.
4. Kind durch schwierige Zange lebend.
5. Partus: Zwillinge, beide in Schädellage; erster Zwilling lebend, zweiter tot wegen Vorfalls der Nabelschnur.

VI. Partus 1859. Das Kind praesentierte sich in Gesichtslage mit der Stirn nach rechts. Gesichtslinie verlief ziemlich parallel mit dem Querdurchmesser des Beckens. Wehen waren vorzüglich, Eröffnung des Muttermundes und Blasensprung vollzogen sich zur rechten Zeit. Da der Kopf im grossen Becken stehen blieb, wurde 16 Stunden nach Beginn der Geburtsthätigkeit und vier Stunden nach Abfluss des Fruchtwassers die Zange angelegt; man stand aber bald davon ab, da man sich überzeugte, dass sie nicht hielt. Zwei Stunden später stand der Kopf noch ganz im grossen Becken, nur das Kinn links war ein wenig in den Beckeneingang eingetreten.

Wehen waren schwächer. Uterus um die Frucht fest contrahiert. Eine sehr beunruhigende Blutung verlangte rasche Beendigung der Geburt. Die Herztöne des Kindes waren kräftig und deutlich zu hören. Von der Zangenapplication im queren Durchmesser wurde Abstand genommen, da ein Löffel gerade über das Kinn zu liegen kam; es musste die Zange im schrägen Durchmesser angelegt werden. Ein zweimaliger Versuch der letzten Art endete bei der grössten Vorsicht jedesmal mit Abgleiten der Zange. — Da der Kopf übrigens tiefer getreten und der Herzschlag des Kindes fortwährend in bester Rührigkeit zu hören war, so wurde beschlossen, zum dritten Male die Zange anzulegen, ehe zur Perforation geschritten werden sollte. Die beiden Löffel wurden im schrägen Durchmesser angelegt, und der Operateur verschob sie mit unsäglicher Mühe der Art, dass sie, soweit es das Promontorium gestattete, dem geraden Durchmesser ziemlich nahe lagen. Die Griffe standen fast senkrecht nach abwärts, das Schloss war ganz in der Scheide, der Kopf aber gut umfasst. Die Schliessung der Zange bot grosse Schwierigkeit, weil die Löffel sich stets warfen — endlich jedoch gelang sie — wenn auch nicht ganz, doch insoweit, dass nach fest umbundenen Griffen der nötige Halt im Schlosse sich zeigte. Nach acht bis zehn Tractionen rutschte der Kopf in's kleine Becken. Weitere Entwicklung gelang. Das Kind war, obwohl noch kurze Zeit vorher der Herzschlag kräftig und aufs deutlichste gehört war, tot. Das Gesicht war sehr aufgetrieben und braunschwarz, kein Knochenbruch bemerkbar.

Die Frau war aufs äusserste erschöpft, da die Blutung erst nach Entleerung des Uterus stand: sie erholte sich jedoch im Laufe von fünf Wochen, ohne dass irgend eine abnorme Erscheinung an den Genitalorganen während des Wochenbettes wäre beobachtet worden.

Der Fall ist in dreifacher Hinsicht interessant; wir haben eine Gesichtslage in mentolateraler Position, bei engem Becken, mit einer Blutung während der Geburt, ob durch vorzeitige Lösung der Placenta entstanden, ist nicht sicher, aber wahrscheinlich. Wir können hier alle die Momente beobachten, die wir als der Zangenapplication bei mentolateraler Gesichtslage hinderlich bezeichnet haben. Wir sehen, dass die Zange dreimal abgleitet — gewiss bei aller Vorsicht für die Mutter nicht gleichgiltig, wir bemerken dann, wie die Zange

erst unter unsäglichen Mühen in die richtige Lage gebracht werden kann — wahrscheinlich verfing sie sich — endlich kann sie nicht geschlossen werden. Ob bei den Schliessungsversuchen nicht die Halsgefässe comprimiert worden sind? Schliesslich wird das Kind entwickelt und ist tot. Die Mutter jedoch hat während der ganzen Operation weiter geblutet, ist durch die Erschöpfung in Lebensgefahr und hat fünf Wochen nötig, um sich von ihrem Wochenbett einigermassen zu erholen. Unter solchen Umständen wäre es für die Kreissende entschieden schonender gewesen, das Kind gleich zu perforieren; besonders seit Einführung des Kranioklasten in das geburtshilfliche Instrumentarium ist die Perforation und Extraction des enthirnten Kindes für die Frau eine ungefährlichere Operation als wiederholte Zangenversuche. Der Operateur kommt am Schlusse seiner Geburtsschilderung selbst zu der Epikrise: „Dass wir in dem vorstehenden Falle besser gethan hätten zu perforieren, unterliegt jetzt keinem Zweifel mehr, nachdem die Bemühungen das Leben der Frucht zu erhalten gescheitert sind."

Im Anschluss an diesen Fall äussert sich Martin[4]) über die Zangenanwendung bei Gesichtslagen. Er behauptet Gesichtslagen bedingten im allgemeinen häufigere Beschleunigung der Geburt als Schädellagen. Der Grund dafür sei teils in der Gefahr gegeben, welche bei längerer Geburtsdauer dem Kinde infolge Drucks auf die Halsgefässe drohe, teils könne der Druck, welchen die mütterlichen Teile im Becken durch die hervorragenden Kanten des Unterkiefers erlitten, die Extraction des Kindes nötig machen. Die Gesichtslagen kämen an und für sich besonders häufig bei engem Becken, hauptsächlich durch Rhachitis, vorzugsweise im geraden Durchmesser verengtem Becken vor, wodurch eine Verzögerung leicht möglich werde. Diese Behauptung bestätigt auch eine Statistik von Boisleux[6]). Von 143 Gesichtslagen verlangten 44 operative Eingriffe, also mehr als 30%, von den 44 Eingriffen kamen 22 auf Beckenanomalien also 50%, darunter waren 11 Zangenapplicationen, 3 Zangen mit nachfolgender Perforation und 8 Kephalotrypsien. Unter diesen 143 Fällen war eine mentolaterale Gesichtslage.

Nach Martin ist es sehr fraglich, ob bei mentolateralen Positionen besonders bei hochstehendem Kopfe die Zangenapplication die richtige Therapie sei; er entscheidet sich, wenn es noch möglich ist, zur Wendung auf die Füsse oder verkleinert den Schädel, sobald er

fest im Becken steht, wenn eine stricte Indication zur Entbindung vorliegt.

Von der Umwandlung in Schädellagen, die früher sehr empfohlen in neuerer Zeit auch wieder sehr gerühmt werden, verspricht er sich nicht viel.

Fasbender[7]), welcher ein umfangreiches Material von Gesichtslagen zusammengestellt hat, fand, dass bei der II. Stellung — Stirn nach rechts gerichtet — sich das Kinn, wenn es im Anfange der Geburt nach hinten oder zur Seite gerichtet gefunden wurde, unter entsprechender Lagerung der Kreissenden auf die Seite des Kinns stets nach vorne drehte.

Bei der I. Stellung corrigierten sich die Anomalien nicht in allen Fällen, sondern hier musste die Geburt dreimal bei Querstand operativ behandelt werden. Von diesen Fällen finden wir zwei etwas genauer beschrieben. In dem einen Falle war die Zange bei hohem Querstande des Gesichts angelegt worden, das Kinn wurde mit derselben gedreht, weil der Zustand der Genitalien einen längeren Aufschub der Entbindung nicht gestattete. Das Kind starb während der Operation ab. Über den Zustand der Mutter erfahren wir nichts Näheres.

Milne Murray[8]) berichtet über einen sehr instructiven Fall von Gesichtslage mit zur Seite gerichtetem Kinn, den wir nach dem Referat in Virchow-Hirschs Jahrbuch[9]) wiedergeben.

Die Kreissende war eine IXpara; 8 spontane Geburten waren voraufgegangen. Das Gesicht der Frucht trat mit dem Nasenrücken im queren Durchmesser ins Becken ein, die Stirn stand links. Kurz nach dem Blasensprung erfolgte eine rückläufige Drehung des Kopfes, so dass das Kinn an die rechte Iliosacralfuge kam. Nun legte Murray die Zange im linken schrägen Durchmesser an, dieselbe glitt ab, und der Damm kam dabei in die äusserste Gefahr, doch ging es damit noch eben gut. Nach mehreren Stunden wiederholte Murray bei derselben Stellung dieselbe Anlegung und brachte das Gesicht quer durch die Schamspalte. Unter verzögertem Austritt der Schultern starb das Kind ab, und der Kopf machte dabei eine Drehung mit dem Kinn von rechts nach vorne und dann nach links. Das Kind war 5250 gr. schwer. Wochenbett normal.

Dieser Fall bietet recht viel Auffälliges: er bestätigt zunächst unsere Ansicht, dass die Zangenapplication das Kind lebend nicht

zu Tag fördern könne: es ist immerhin etwas willkürlich anzunehmen, dass bei der Entwicklung der Schultern das Kind abgestorben ist: in dem Bericht im Centralblatt für Gynaekologie 1882 wird davon nichts erwähnt, da heisst es: „Arme liegen bei der Entwicklung des Rumpfes parallel auf dem Rücken. Kind stirbt nach wenigen schnappenden Atembewegungen ab.“ Sehr bemerkenswert ist, dass der Kopf mit der Zange quer entwickelt wurde, was doch nahezu unmöglich scheint bei einem solchen Riesenkind: man müsste sonst annehmen, dass das Becken in seinem Ausgange bedeutend erweitert war.

In einem Falle von Grenser, den Ziegenspeck[10]) erwähnt, handelte es sich um eine Erstgebärende mit sehr weitem Becken: die Blase war vorzeitig gesprungen. Der Muttermund hatte harte Ränder. Nachdem die Geburt 63 Stunden gedauert hatte, stieg die Temperatur der Frau auf 38.2°, der Ausfluss wurde übelriechend, die kindlichen Herztöne sanken auf 96. Die Wehen waren sehr schwach, der Muttermund blieb 6 cm weit, das Kinn drehte sich nicht nach vorne. Man beschloss, die Position durch Drehung mit der Zange zu corrigieren. Die Zange wurde im schrägen Durchmesser, wie bei tiefem Querstand in Schädellage, nach der Scanzoni-Langeschen Methode angelegt. Durch die erste Torsion erfolgte vollständiger Querstand, durch die zweite wurde das Kinn nach vorne gebracht, und der Kopf in Gesichtslage extrahiert. Aber das Kind war abgestorben, die vordere Muttermundslippe abgequetscht, der Damm trotz Incisionen gerissen und die Haut am Halse des Kindes abgeschilfert.

Das Resultat dieser Operation ist ein klägliches. Bei so wenig erweitertem Muttermunde hätte man unter so ungünstigen Verhältnissen unbedingt gleich das lebende Kind perforieren müssen. —

Fränkel[11]) berichtet ebenfalls über eine Zangenapplication bei Gesichtslage mit zur Seite gerichtetem Kinn: wir entnehmen die Geburtsgeschichte seiner Arbeit.

Karoline Krüger, 35 Jahre alt, stammt aus gesunder Familie. Sie selbst will als Kind gesund gewesen sein und in ihrem zehnten Jahre eine Struma am Halse bemerkt haben. Letzte Regel war am 15. Mai 1872; die Schwangerschaft verlief ohne bedeutende Beschwerden.

Status praesens am 16. Februar 1873: Kleine Person von gesunder Gesichtsfarbe mit fast Kindskopf grosser Struma, fast

spitzwinkliger Kyphoskoliosis dextra; die Kreuzbeinverbindung prominiert ziemlich stark.

Beckenmasse: Sp. il. 27,4. Troch. 30,4.
Cr. il. 28,0. Conj. ext. 18,5.

Ausgesprochener Hängebauch.

Die Wehen begannen in der Nacht vom 14. zum 15. Februar, das Fruchtwasser floss am 15. nachts ab.

16. II. 7 h vorm. Kleine Teile im Fundus uteri fühlbar, Uterus straff um die Frucht contrahiert, grösserer Teil anscheinend rechts vorne; über der Symphyse ebenfalls kleine Teile. Scheide weit; Kopf tief im Becken. Der Muttermund ist bis auf einen querfingerbreiten Saum der vorderen Lippe verstrichen. Frontalnaht und von da aus der Nasenrücken ziemlich im linken schrägen Durchmesser verlaufend. Die linke Augenlidspalte liegt am tiefsten vor. Geringe Kindsteilgeschwulst: Herztöne auf beiden Seiten des Leibes deutlich hörbar.

Ordination: Linke Seitenlage.

10 h vorm. Der Nasenrücken ist mehr in den Querdurchmesser der Beckenenge getreten.

5 h nachm. Die Schwellung der vorderen Muttermundslippe hat abgenommen. Der Muttermund ist ziemlich über den vorliegenden Teil zurückgezogen. Nasenrücken noch nach hinten links verlaufend.

6 h nachm. Der Kopf ist soweit beweglich, dass sich vermittelst Zeige- und Mittelfingers das Gesicht in der Weise drehen lässt, dass das Kinn nach links ein wenig nach vorne sieht. Indess gelingt es nicht diese Stellung dauernd zu erhalten.

8 h. Das Gesicht ist im ganzen tiefer getreten, namentlich die Stirn. Die Drehung ist nicht erfolgt.

10 h 50 Min. abends. Wegen Erschöpfung der Kreissenden, deren Puls frequent geworden ist, wird der Forceps appliciert. Das Kinn dreht sich unter wenigen kräftigen Tractionen nach vorne und erscheint unter dem Scheitel des Schambogens. Während beim Tiefergehen deutlich ein knackendes Geräusch gehört wird — Knacken der Kopfknochen — erscheint der Damm noch intakt und reisst erst beim Durchtritt der Schultern. Das Kind, ein Knabe, ist tot und kann trotz fortgesetzter Bemühungen nicht wieder belebt werden. Dasselbe hat am Halse eine beträchtliche, reichlich pflaumengrosse Struma. Umfang des Halses 18,5 cm.

Die Mutter starb nach einer Woche an Endometritis diphtheritica.

Der Fall, welcher für die Theorie der Entstehung der Gesichtslagen ebenfalls ein grosses Interesse hat — unter den praedisponierenden Momenten für Gesichtslage giebt man ja enges Becken der Mutter und Struma des Kindes an — ist für unsere Frage in verschiedener Hinsicht von Bedeutung. Es war hier möglich die Zange ohne Abgleiten relativ leicht anzulegen, auch gelang es wirklich mit derselben die gewünschte Drehung herbeizuführen. Sogar wenige kräftige Tractionen genügten zur Extraction, die Operation dauerte also nicht lange und doch starb das Kind, dessen Leben sicher diagnosticiert war, ab. Leider ging aber auch die Mutter an den Folgen der Operation zu grunde. Das Resultat ist demnach in jeder Hinsicht ungünstig ausgefallen. Ob bei dem erwähnten Knacken der Schädelknochen auch irgend welche Verletzungen derselben eingetreten sind, ist nicht zu entscheiden, da darüber das Sektionsergebnis fehlt.

Der Fall von Breisky[12]) hat glücklicherweise für die Mutter wenigstens einen günstigeren Verlauf genommen.

Frau Zürcher, 43 Jahre alt, war bereits neunmal ohne Kunsthilfe entbunden. Letzte Regel Ende April 1867.

Status präsens am 20. Februar 1868. 10^{h} vorm. Fahl und alt aussehende Frau von mittlerer Grösse und kräftigem Knochenbau. Allgemeinbefinden ist ungestört, eine Gonitis mit unbedeutender Anschwellung und lebhafter Empfindlichkeit besteht.

Beckenmasse: Sp. il. 25,5. Troch. 31,5.
Cr. il. 30.0. Conj. ext. 20,0.

Conj. diag. 11,5, Conj. vera auf 9,5 cm geschätzt.

Es besteht also bei sonst in allen Dimensionen geräumigem Becken eine geringe Beschränkung im geraden Durchmesser. Uterus dextroponiert mit dem Fundus. Seine offenbar dünnen Wandungen gestatten bei den schlaffen Bauchdecken die Palpation sehr gut. Der Kopf lässt sich hoch und beweglich im Beckeneingang tasten, links im Fundus Füsse, Kniee und der nach rechts gerichtete Steiss und Rücken der Frucht zu unterscheiden. Herztöne rechts unter dem Nabel am deutlichsten. Das untere Uterinsegment steht sehr hoch, der Scheidenteil nach links, weit nach hinten. Durch das flache Scheidengewölbe fühlt man den Schädel hoch und beweglich vorliegen.

Am 1. März traten die ersten Wehen auf, am nächsten Morgen war durch die äussere Untersuchung die Diagnose der II. Gesichtslage leicht. Die Herztöne waren links unter dem Nabel sehr laut hörbar. Die innere Untersuchung liess durch den wenig geöffneten Muttermund und die schlaffe Blase das Gesicht in II. Stellung erkennen. Die Wehen waren nicht sehr frequent. Dieselben wurden im Verlaufe des Kreissens äusserst schmerzhaft. Um 11 Uhr mittags floss das Fruchtwasser ab, spärlich; um 5^h nachmittags jedoch erst war der Muttermund völlig erweitert.

Als um $7^1/_4{}^h$ abends der Kopf mit quer stehendem Gesichte in der Beckenhöhle stand, die Kreissende unter den schmerzhaften Wehen anhaltend litt, die Wehen kurz und ohne Einfluss auf das Fortschreiten der Geburt blieben und die Herztöne merklich verlangsamt waren, wurde von Breisky zur Anlegung der Zange geschritten.

Die Operation war sehr schwierig und erforderte bedeutende Kraft. Nach der schrägen Anlegung der Zange lag der linke Löffel über der rechten Gesichtshälfte nach dem hinteren Umfange des rechten Scheitelbeins, während der rechte Löffel über die linke Schläfengegend schräg der hinteren Schädelwölbung emporstieg. Das Kind, ein Knabe von 51 cm Länge und 3010 gr Gewicht, wurde tot zu Tage gefördert. Das linke Scheitelbein war mit dem vorderen Rand unter das Stirnbein geschoben.

Wie bei den bis jetzt erwähnten mentolateralen Gesichtslagen, so war auch in diesem Falle die Zange im Interesse der Mutter appliciert worden, jedoch scheint andererseits auch die Rettung des Kindes in Frage gekommen zu sein; sollte diese hauptsächlich die operative Beendigung der Geburt indiciert haben, so wäre der Erfolg ein um so schlechterer zu nennen. Das Wochenbett scheint normal gewesen zu sein.

Es erhellt aus der Beschreibung des Operationsverlaufs, wie ungemein schwer die Zangenapplication gewesen und wie ungünstig die Löffel der Zange gelegen haben; sagt doch der Operateur selbst in seiner Epikrise: „Diese Angriffspunkte konnten bei der grossen Kraft, mit der die Extraction geschah, nicht ohne Einfluss auf die Nahtverschiebungen bleiben." Ob man freilich den Tod des Kindes auf die starke Compression des Schädels und Gehirns allein zurückführen soll, lässt sich schwer entscheiden. —

Hecker[13]) verfügt über eine Statistik von 49 Gesichtsgeburten,

davon verliefen 47 spontan, 2 wurden mit der Zange beendet. In dem einen Falle handelt es sich um Wehenschwäche bei Querstand der Gesichtslinie.

Die Frau war Ipara; die Frucht befand sich in zweiter Gesichtslage. Die I. Periode der Geburt dauerte 24 Stunden, die II. ungefähr eine halbe Stunde. Es gelang den Wehen nicht, das in mentolateraler Position befindliche Gesicht tiefer zu bringen; daher wurde die Zange angelegt. Sechs schwere Tractionen brachten das Kind zu Tage; dasselbe, ein Mädchen von $7^3/_{16}$ Pfund Gewicht und 53 cm Länge, war tot.

Die Geburtsgeschichte dieses Falles ist etwas knapp gehalten; wir können aus derselben nicht ersehen, wie die Zange gelegen hat und ob durch dieselbe eine Drehung des Kinns bewerkstelligt wurde, jedenfalls geht aber aus derselben hervor, dass von Seiten des kindlichen Schädels ein grosser Widerstand geleistet wurde, und dass die Zangenapplication auch hier keine für das Kind lebensrettende Operation war.

Ein ganz ähnlicher Fall wird von Boisleux[6]) aus den Beobachtungen in der Maternité de Paris mitgeteilt.

Matt . . . Marie, 21 Jahre alt, Ipara. Erste Wehen traten am 5. III. 1879 nachmittags auf. Der Cervix ist nicht vollständig verstrichen. Rücken nach rechts. Pfeilnaht steht parallel dem Querdurchmesser des Beckens. Abends ist der Cervix völlig verstrichen, aber der Kopf tritt nicht tiefer. Der Foetus hat seine Position nicht geändert. Wehen treten den ganzen Tag von 10 zu 10 Minuten auf.

Am 6. März 10. 30^h wurde constatiert, dass die vordere Fontanelle in der Mitte der oberen Beckenenge steht, dass man beim Verfolgen der Frontalnaht die Nasenwurzel und Augenhöhlen erreicht. Bei der Palpation fühlt man den Rücken rechts und eine leichte Einknickung zwischen Kopf und Nacken. Foetale Herztöne hörte man an derselben Seite.

Am 7. 3. 2^h nachmittags ist die vordere Fontanelle im Mittelpunkt der oberen Beckenenge, die Eihäute sind intact, Cervix genügend erweitert. — Blasensprung.

Der Kopf ist immer abgewichen, man fühlt die Nasenwurzel deutlich.

Um $6^1/_2$ Uhr abends steht die Nase vorne links; man erreicht den Unterkiefer.

Um $8^1/_2{}^h$ drückt der Kopf auf den Beckenboden, die Lippen und Nase des Kindes sind ausserordentlich geschwollen. Herztöne verlangsamt.

Die Drehung des Kinns ist nicht erfolgt; man entschliesst sich zur Zangenapplication. Das Kind wird tief asphyctisch zu Tage gefördert, Atembewegungen sind schnappend, Herztöne verlangsamt. Trotz Wiederbelebungsversuchen verschwinden die Herzschläge. Mädchen tot, 2870 gr schwer. Das Becken der Mutter war verengt. Die Conjug. vera betrug 8,5 cm. —

Ein weiterer Fall von mentolateraler Gesichtslage, der in der geburtshilflichen Poliklinik der kgl. Charité beobachtet wurde, zeigt denselben Ausgang für das Kind.

Jahrgang 1886/87 J.-No. 784.

Tischlersfrau Huke, 27 Jahre, alt Ipara.

Beckenmasse: Sp. il. 26,0 Conj. ext. 20,0
Cr. il. 28,0.

Introitus vaginae auffallend eng.

Die Wehen hatten am 6. Februar 1887 begonnen. Am Morgen des 7. 2. wurde bei schwächer werdenden Wehen von der Hebamme Meconiumabgang bemerkt. Bei der inneren Untersuchung ergab sich, dass die Blase schon gesprungen und der Muttermund 5 Markstück gross war. Ferner wurde Mund, Nase, Orbitalränder und die Stirnnaht des Kindes gefühlt. Das Kinn war nach hinten rechts gerichtet, die Länge des Gesichtes stand im rechten schrägen Durchmesser, die Stirn befand sich etwas tiefer als das Kinn. Die Herztöne waren rechts von der Linea alba zu hören, 132 in der Minute. Die Wehen waren gut. Die Geburt wurde zunächst mit vollem Recht exspectativ behandelt, da das Befinden der Mutter gut war. Temp. 37,3, Puls 90.

Ordination: rechte Seitenlage.

Um 8 Uhr abends war der Muttermund völlig erweitert, die Längsaxe der Gesichtslinie stand im queren Durchmesser, Kinn und Stirn in gleicher Höhe.

Das Gesicht befand sich in der Beckenweite. Das Kinn drehte sich langsam noch ein wenig, trat jedoch nicht nach vorne. Die Kreissende war durch die lange Geburtsarbeit sehr erschöpft. Die Temperatur stieg auf $38{,}6^0$, der Puls auf 120; weiteres An-

steigen der Temperatur auf 39,3°, Foetaltöne 160. Infolge dessen wurde die Zange im schrägen Durchmesser angelegt, und ein tief asphyctisches Kind extrahiert, welches nicht ins Leben zurückgebracht werden konnte.

Nach der Extraction trat eine bedeutende Atonia uteri ein, wodurch die Frau viel Blut verlor. Die Placenta wurde 20 Minuten post partum durch Credéschen Handgriff entfernt; sie war durch Meconium grün gefärbt. Das Kind, ein Mädchen, war sehr gross und zeigte eine ausgesprochen dolichocephale Schädelform. An der rechten Wange des Kindes war eine fünfpfenniggrosse Stelle bemerkbar, an der die Haut abgeschürft war.

Bei der Extraction des Kindes erlitt die Mutter Einrisse und zwar von den seitlichen Incisionen aus, die künstlich vor der Extraction gemacht worden waren. Ausserdem war ein eigentümlicher Dammriss vorhanden zwischen dem Frenulum und dem After, wobei das Frenulum — Commissura inferior — vollständig erhalten blieb.

Am 8. II. abends fieberte die Wöchnerin, am 9. II. betrug die Temperatur 37,3°, Puls 90. Abdomen nicht schmerzhaft. Allgemeinbefinden gut. Weiteres Wochenbett normal. —

Auch diese beiden letzten Fälle liefern den Beweis, dass man sich von einer Zangenapplication im Interesse des kindlichen Lebens nur äusserst wenig versprechen darf; eine Operation jedoch im Interresse des Kindes zu machen, ohne jemals ein lebendes Kind zu erzielen ist aber zum Mindesten irrationell; denn man wird doch, wenn sich bei der Entbindung Gefahren einstellen sollten, im Interesse der Mutter viel eher handeln, wenn man perforiert und extrahiert, damit die ohnehin bei Gesichtslagen schon übermässig gedrückten mütterlichen Weichtheile nach Kräften geschont werden. —

Bis jetzt haben wir nur die Fälle berücksichtigt, in denen es, wenn auch bisweilen unter den grössten Schwierigkeiten gelang, das Kind, freilich tot, mit der Zange wirklich zu entwickeln, wir haben andererseits jedoch beinahe ebenso viele Beobachtungen, wo es überhaupt nicht möglich war, mit der Zange den Kopf zu entwickeln, wo nach mühsamen Versuchen, die für die Mutter nicht gleichgiltig sein konnten, endlich doch noch zur Perforation geschritten werden musste.

Kamm[14]) kommt in seiner Arbeit über Gesichtslagen zu dem Resultat, dass bei mangelhafter Drehung des Kinns die Zange als

stellungsverbesserndes Instrument nicht anzuwenden sei, denn sie könne die Ursache der ausbleibenden Drehung nicht beseitigen. In drei Fällen war in Breslau die Zange versucht worden, jedoch ohne Erfolg; die Geburt konnte nur durch Perforation beendet werden.

Auch Fasbender[7]) berichtet über eine solche Geburt; es handelte sich um eine mentodextrolaterale Gesichtslage. Vorher waren von anderer Seite in der Stadt Zangenversuche vorzeitig gemacht worden. Die Zange war abgeglitten, der Mutter Laesionen beigebracht worden und bei den Zangenversuchen war der Knabe abgestorben. In der Klinik wurde sofort zur Kephalothrypsie geschritten.

Diesen kurzen Angaben seien noch einige ausführlichere Geburtsgeschichten von Fällen beigefügt, die in der geburtshilflichen Poliklinik der Kgl. Charité beobachtet wurden.

Poliklin. Journ.-No. 472, Jahrgang 1881/82. Dachdeckerfrau Hänsel, X para, 31 Jahre alt. Die früheren Geburten waren spontan verlaufen: lebende Kinder.

Beckenmasse: Sp. il. 23. Conj. ext. 18,5.
Cr. il. 27.

Der Hängebauch wurde durch eine Leibbinde fixiert. Die Blase war am 1. XII. um 12 h mittags gesprungen. Über der Symphyse zeigte sich bei der äusseren Untersuchung eine starke Wölbung, der Rücken war links, kleine Teile rechts zu fühlen. Herztöne rechts von der Mittellinie von normaler Frequenz zu hören. Bei der inneren Untersuchung fühlte man die Nase, die Supraorbitalränder und das nach rechts gerichtete Kinn. Die Wehen waren kräftig und nahmen bis Mitternacht an Intensität zu: darauf wurden sie schwächer.

Da nach 24 stündigem Kreissen bei fast völlig erweitertem Muttermunde der Kopf nicht tiefer getreten war und noch beweglich zu sein schien, wurde in der Narkose die Wendung versucht; doch war das Gesicht schon so ins Becken eingetreten und stand so fest, dass die Wendung auf schonende Weise nicht mehr möglich war; eine Umwandlung der Gesichtslage in eine Schädellage misslang ebenfalls, da der Kopf trotz mehrerer Versuche stets seine bisherige Stellung wieder annahm. Da weder Mutter noch Kind in Lebensgefahr waren, so wurde der weitere Verlauf der Geburt abgewartet.

Am 2. XII. nachmittags konnte man in der Nähe der

Leistenbeuge deutlich eine Vertiefung wahrnehmen, bewirkt durch die Einknickung zwischen Hals und Nacken. —

Als jedoch nach abermaligem 24stündigen Kreissen die kindlichen Herztöne zunächst auf 186 gestiegen, dann wieder bedeutend langsamer geworden waren, etwa 100 in der Minute, die Mutter eine Temperatur von 38° hatte und bedeutende Druckerscheinungen von Seiten der mütterlichen Weichteile auftraten — zunächst ödematöse, dann trockene Scheide — und der Kopf noch immer an derselben Stelle stand, die Gefahr einer Infection immer grösser wurde, wurde zur Perforation des lebenden Kindes geschritten. Dieselbe geschah von der nach vorne gelegenen Orbita aus. Nachdem das Gehirn ausgespült war, wurde die Extraction des collabierten Schädels mit dem Braunschen Kranioklasten vorgenommen. Der Schädel zeigte eine ausgesprochen dolichocephale Form.

Am 8. Tage des Wochenbettes traten heftige Schmerzen im rechten Hüftgelenk auf, so dass die untere Extremität nicht bewegt werden konnte. Eine bestimmte Ursache war nicht nachzuweisen, vor allen Dingen kein Beckenexsudat.

In diesem Falle hatte das Befinden der Mutter die Beendigung der Geburt dringend indiciert. Wendung und Umwandlung in Schädellage waren erfolglos, von einer Zange versprach man sich im Interesse des Kindes nichts und wandte gleich das für die Mutter schonendere Verfahren der Perforation an. Das Wochenbett verlief völlig fieberlos, die Beschwerden ohne nachweisbare Ursache können sehr wohl neuralgische gewesen sein. —

Hieran reiht sich ein ebenfalls in der Poliklinik im Jahre 1887/88 von Herrn Privatdocenten Dr. Dührssen, dem ich die Anregung zur Bearbeitung der vorliegenden Frage verdanke, beobachteter Fall von Gesichtslage bei zur Seite gerichtetem Kinn.

J.-N. 494. 21 XI. 1887. Kaufmannsfrau Kahl I para am Ende der Schwangerschaft. Das Becken ist leicht verengt.

Sp. il. 27,5
Cr. il. 29,5 Conj. ext. 19,0.

Die ersten Wehen begannen am 21/IX. 2 Uhr nachts. Bei der äusseren Untersuchung 5 h. nachm. fand man den Rücken nach links, kleine Teile rechts; handbreit vom Nabel rechts waren Herztöne auffallend deutlich zu hören. Bei der inneren Untersuchung ergab sich, dass die Blase gesprungen war, der Kopf fest im Becken

stand; das Gesicht lag vor, das Kinn war nach rechts gerichtet. Die kräftigen Wehen konnten den vorliegenden Teil nur verhältnismässig wenig tiefer bringen, das Kinn drehte sich nicht nach vorne. Ein Arzt machte einen vergeblichen, indicationslosen Zangenversuch. Puls und Temperatur der Mutter ebenso Herztöne des Kindes waren normal. Um 9 Uhr stieg die Temperatur auf 38,3°, der Puls auf 96, die Foetaltöne auf 160. Herr Dr. Dührssen versuchte zunächst mittelst der Zange das Kind zu extrahieren. Der Kopf stand in der Beckenweite bei der Zangenapplication. Dieselbe war sehr schwierig, da die beiden Zangenlöffel stets von hinten resp. vorne nach der Seite abwichen, und so den Kopf nicht in einem mehr queren, sondern in dem mento-occipitalen Durchmesser fassten. Dabei waren Scheide und Scheideneingang so eng, dass z. B. die ganze Hand nicht eingeführt werden konnte. Infolge dessen wurden die Tractionen nur sehr vorsichtig gemacht, so dass die Herztöne des Kindes auch nach der definitiven Abnahme der Zange noch unverändert gut waren. Nach diesem misslungenen Zangenversuch wurde zur Perforation des lebenden Kindes geschritten. Auch die Extraction des perforierten Kindes mit dem Kranioklasten — perforirt wurde durch die rechte Orbita — war noch recht schwierig. Es kam dabei zu einem rechtseitigen Scheidenriss, welcher auch noch die vordere Partie des Dammes zerstörte. Das Kind wog ohne Gehirn 4250 gr. Der Kopfumfang betrug 39 cm.

Das Wochenbett verlief ohne jede Störung.

Ein weiterer Fall wurde ebenfalls von Dr. Dührssen im vorigen Semester beobachtet.

Pol. Jahrgang 1889/90 J.-N. 293. 6. September 1889.

Fräulein Alma Sch . . . . ., Choristin. Hpara. Die erste Geburt verlief normal ohne ärztliche Hilfe. Die Kreissende will mit Ausnahme einer Meningitis stets gesund gewesen sein; mit dem 13. Jahre trat die Regel auf, dieselbe war immer profus, alle zwei Wochen bis zur ersten Gravidität vor $2^1/_2$ Jahren. Nach der Entbindung kam die Periode alle vier Wochen sehr spärlich. Die letzte Regel war am 17. November 1888. Die jetzige Schwangerschaft verlief normal, vor 3 Wochen traten stärkere Oedeme an den unteren Extremitäten und den Bauchdecken auf. Der Leib nahm auffallend rasch an Umfang zu, die Oedeme wurden in den letzten Tagen geringer.

Die Kreissende ist eine Person von kräftigem Körperbau. Der Leib ist abnorm ausgedehnt, besonders in die Breite. Grösster Leibesumfang beträgt 111 cm. Die rechte Seite des Abdomens erscheint stärker vorgewölbt.

Beckenmasse: Sp. il. 30.0
Cr. il. 31.0 Conjug. ext. 20.0 cm.

Anfänglich fühlt man den Kopf auf der linken Darmbeinschaufel, kleine Teile links und Steiss im Fundus. Die Herztöne sind nur sehr undeutlich zu hören, etwas rechts von der Linea alba, in Nabelhöhe. Später verschwanden sie, wurden dann aber wieder deutlich ganz in der rechten Seite gehört; sie waren sehr kräftig.

Der Kopf war über der Symphyse mit kleinen Teilen vorne zu fühlen. Oberhalb der Symphyse war die Bauchwand sehr stark oedematös geschwollen.

Der Muttermund ist am 6. IX. 12^{h} nachts 3-Markstück gross, die Blase steht, ist auch während der Wehenpausen stark gespannt. Man fühlt den Kopf hoch im Beckeneingang ballottieren.

Am 7. IX. 9^{h} vorm. ist der Muttermund 5-Markstück gross.

Um 4^{h} nachmittags sprang die Blase, und es entleerte sich sehr viel Fruchtwasser. Der Kopf begann jetzt erst sich einzustellen; ein Muttermundssaum war noch ringsum zu fühlen. Links war die Stirn, rechts Augen, Nase und auch gerade noch der Mund zu fühlen. Der Kopf steht ziemlich fest im Beckeneingang.

Die Wehen, die am 6. IX. abends begonnen hatten, waren kräftig. Temperatur der Mutter 36.6^{0}, Puls 81 Schläge. Kindliche Herztöne 132, kräftig.

Es wurde der Versuch gemacht, durch combinierte Handgriffe die Gesichtslage in eine Schädellage umzuwandeln, aber ohne Erfolg. Die Frau wurde sehr aufgeregt. Puls 72, Temp. 37,5^{0}, kindliche Herztöne 150. Als Herr Dr. Dührssen hinzukam, stand der Kopf nach wie vor fest im Beckeneingang. Der Contractionsring stand in Nabelhöhe. Links war ein 2 Finger breiter rigider Muttermundssaum noch zu fühlen. Die Wendung war unmöglich, auch liess sich das Kinn nicht nach vorne bringen; die Frontalnaht blieb im queren Durchmesser. Vor der Zangenapplication wurde eine Umwandlung in eine Schädellage versucht, misslang aber. In den breiten rigiden Muttermund wurden links Incisionen gemacht und die Zange angelegt, jedoch der rechte Löffel legte sich stets in die

rechte Beckenseite, und das Kinn drehte sich bei den Tractionen nicht nach vorwärts.

Der Zangenversuch blieb also erfolglos.

Die kindlichen Herztöne waren jetzt noch gut, jedoch der Contractionsring stand so hoch, dass bei längerer Verzögerung der Entbindung Uterusruptur drohte. Daher wurde zur Perforation des lebenden Kindes geschritten. Das Perforatorium wurde in die rechte Orbita des Kindes gestossen. Die Extraction des perforierten Schädels mittelst des Kranioklasten machte keine Schwierigkeiten, das Kinn wurde nach vorne gedreht und kam unter dem rechten Schenkel des Schambogens hervor; an diesen stemmte sich der Hals, Nase und Stirn, und der Schädel schnitt allmählich über den Damm. Der übrige Körper wurde leicht entwickelt. Die Placenta wurde leicht durch Credéschen Handgriff entfernt, eine antiseptische Uterusausspülung beschloss die Operation.

Der Schädel des Kindes war sehr gross und exquisit dolichocephal.

Wochenbett I. Tag. Allgemeinbefinden leidlich. Haut trocken und heiss. Die Wöchnerin klagt über viel Durst, das Abdomen ist etwas aufgetrieben. Temp. 38.5°, Puls 87. 9. IX. 8^{h} morgens. Allgemeinbefinden besser. Kopf frei. Durst hat nachgelassen. Temp. 38.2°. Puls 81.

Abends. Lochien übelriechend, Wöchnerin hat am Tage viel geschwitzt. Appetit nicht vorhanden. Puls 75, Temp. 38,5°.

Ordination: Antiseptische Scheidenausspülung; nach derselben Temperatur 38.2°. Von jetzt an ist das Wochenbett normal.

Bei diesem Geburtsverlaufe haben wir wieder dasselbe Resultat, wie es so oft citiert worden. Leider traten im Wochenbett Störungen auf, ob dieselben durch die Länge der Geburt und etwaige Zersetzung des Uterusinhaltes veranlasst wurden, ist schwer zu entscheiden. Jedenfalls ist es unter so protrahierten Verhältnissen umso notwendiger, dass man die Geburt so rasch als möglich vollendet, und dieser Anforderung genügt die Zange am wenigsten.

Wir finden in der Geburtsgeschichte ebenso wie in mehreren voraufgegangenen die Grösse und ausgesprochene Dolichocephalie des Schädels hervorgehoben. Es ist gerade in den Fällen aus der Poliklinik besonders betont, und wäre es vielleicht nicht unmöglich, dass gerade diese Dolichocephalie, die von Hecker als Ursache des

Zustandekommens der Gesichtslagen angeführt wird, wenn sie sehr ausgeprägt ist, zur mentolateralen Position führt. Wie sollte es aber dann gelingen, den Kopf mit der Zange zu drehen? Da ist das räumliche Missverhältnis zwischen Schädel und Becken doch viel zu gross. —

Unter den vielen Gesichtslagen, die seit 14 Jahren in der geburtshilflichen Klinik der kgl. Charité beobachtet wurden, finden sich mentolaterale Positionen, wie wir sie oben beschrieben, nur äusserst selten; ich finde nur einen Fall, der im letzten Semester von Dr. Dührssen und Stabsarzt Dr. Schwartze gemeinschaftlich beobachtet wurde.

Pauline J . . . ., 24 Jahre alt, Dienstmädchen, Ipara. Die letzte Regel war Ende November 1888. Becken von normaler Beschaffenheit. Die ersten Wehen traten am 10. September 1889 auf. Die äussere Untersuchung ergiebt deutlich rechts kleine Teile im Fundus, fest im kleinen Becken steht ein grosser Teil. Die Herztöne werden rechts, handbreit vom Nabel, 130 in der Minute, sehr deutlich gehört. Die innerlich untersuchende Hand stösst bei 3-Markstück grossem Muttermunde auf die Blase, die während der Untersuchung am 11./IX. 8^h abends springt. Man fühlt deutlich in der Führungslinie die Nase; die Nasenöffnung sieht nach rechts hinten, vorn liegt die Stirn, Augen und Mund sind ebenfalls fühlbar. Bei vorzüglichen Wehen war am 12./IX. früh um 5^h der Muttermund vollständig erweitert. Bis gegen 10^h blieben die Wehen unverändert, der Kopf hat um diese Zeit angefangen sich zu drehen, ist tiefer getreten und steht im Querdurchmesser. Allmählich werden die Wehen schwächer. Bis zum 13./IX. morgens ist zwar der Kopf bedeutend tiefer getreten, er steht in der Beckenenge, die Drehung des Kinns nach vorne hat jedoch keine Fortschritte gemacht. Da nun um 12^h mittags bei absoluter Wehenschwäche der Contractionsring über Nabelhöhe stand, das Abdomen sehr schmerzhaft war und der Puls der Mutter von 94 auf 112 Schläge gestiegen war, Temperatur 37,8° betrug, wurde die Beendigung der Geburt für indiciert gehalten. Die Herztöne des Kindes waren gut.

Trotz zweier Scheidendammincisionen gelang die Zangenextraction nicht. Es wurde deshalb, zumal da sich bei den Zangenversuchen sehr übelriechendes mit Meconium vermischtes Fruchtwasser entleert hatte, zur sofortigen Perforation des lebenden

Kindes geschritten. Die Nachgeburt folgte dem extrahierten Kinde sofort. Darauf wurden die bei Anlegung der Zange von der Mitte der Vulva zu den Tubera ischii geführten Entspannungsschnitte genäht. Das grosse Kind hatte ein ungewöhnlich stark entwickeltes Hinterhaupt. Kopfumfang betrug 37,5 cm.

Im Wochenbett am 3. Tage 38,2° Temperatur, Puls 90. Das sonst von Störungen freie Wochenbett wurde auf 24 Tage verlängert, weil die seitlichen Incisionen nicht per primam heilten, sondern langsam granulierten.

Wir können die Reihe der Beobachtungen nicht schliessen, ohne noch eines wichtigen Falles zu gedenken, den wir wegen der ungenauen Angaben in den Referaten weder zu Gunsten noch gegen unsere Ansicht verwertet sehen können; er soll nur der Vollständigkeit halber berichtet werden.

Braxton Hicks[15]) beobachtete denselben. Die Frau war schon 24 Stunden am Kreissen, das Gesicht des Foetus seit 8 Stunden in die Beckenhöhle eingetreten, ohne von der Stelle zu weichen. Der Längsdurchmesser des Gesichtes stand genau im Querdurchmesser des Beckens. Das Kinn war nach links gerichtet.

Braxton Hicks applicierte die lange gekrümmte Zange im geraden Beckendurchmesser, indem er den Kopf, da der Raum zwischen Symphyse und Schädel kaum ein Zangenblatt zu fassen imstande war, etwas hob und die weichen mütterlichen Teile sorgfältigst mit den Fingern schützte. Versuche, das Kinn während des Zangenzuges nach vorne zu richten, blieben fruchtlos, vielmehr trat das Gesicht aus dem Beckenausgange genau so aus, wie es eingetreten war. Das Hinterhauptbein war unter die Seitenwandbeine geschoben, während der Verticaldurchmesser des kindlichen Schädels nicht wesentlich verändert war.

Leider ist in diesem Falle nicht angegeben, ob das entwickelte Kind lebte oder tot war, was natürlich für uns von der grössten Wichtigkeit gewesen wäre. Wir sind demnach nicht berechtigt, den Fall irgendwie verwerten zu können. Bei demselben ist sehr auffällig, dass es gelang, den Kopf quer durch das Becken zu bringen; es können da nur zwei Abnormitäten in Betracht kommen. Entweder war das Kind abnorm klein oder aber das Becken war im Ausgange wie ein rhachitisches bedeutend erweitert. Ein normal entwickeltes

Kind kann bei normalem Becken in mentolateraler Position unmöglich entwickelt werden.

Der Übersicht halber stellen wir unsere Fälle in beifolgender Tabelle zusammen.

Kind spontan geboren	Kind mit Zange extrahiert		Kind nach Zangenversuchen perforiert	Kind ohne Zangenversuch lebend perforiert	Unbestimmter Ausgang für das Kind
	a) lebend	b) tot			
	1 Fall von Poppel	1 Fall Genth 1 „ Milne Murray 1 „ Fasbender 1 „ Grenser 1 „ Fränkel 1 „ Breisky 1 „ Hecker 1 „ Pol. 86/87 N. 784 1 „ Boisleux	1 Fall von Fasbender 3 „ Kamm 1 „ Pol. 87/88 J.-N. 497 1 „ Pol. 89/90 J.-N. 293 1 „ Klinik 89,90	1 Fall Pol. 81/82 J.-N. 472.	1 Fall von Braxt. Hicks
0	1	9	7	1	1

Unter 18 Fällen von mentolateraler Gesichtslage haben wir demnach bei Application der Zange nur ein lebendes Kind erzielt, wir haben also eine Mortalität von 94,4% für die Kinder gegen 13% bei gewöhnlichem Geburtsmechanismus der Gesichtslagen.

Um sämtliche Möglichkeiten der Behandlung der Gesichtslagen zu berücksichtigen erübrigt es noch, von der Umwandlung mentolateraler Gesichtslagen in Schädellagen zu sprechen. Schröder[1]) spricht sich über die Umwandlung im allgemeinen lobend aus, wenn er sagt: „Wo Grund zu der Annahme vorhanden ist, dass die Geburt in Kopflage sich ohne Schwierigkeit vollziehen wird, versuche man zunächst die Umwandlung in Kopflage als den entschieden geringeren Eingriff. Die neueren über diese Therapie vorliegenden Erfahrungen sind ausserordentlich ermutigend.“ Dies mag für uncomplicierte Gesichtslagen richtig sein, jedoch in solchen Fällen, wo der Kopf fest im Becken mit dem Kinn zur Seite steht, möchte es doch schwer werden, eine Umwandlung herbeizuführen.

Durch äussere Handgriffe auf Kopf und Schulter, wie Schatz die Umwandlung vorschlägt, würde es geradezu unmöglich sein, da der Kopf unbeweglich ist. Innere und combinierte Handgriffe sind andererseits doch auch so gleichgiltig nicht, wie es oft dargestellt wird. Die Blase ist dabei sehr gefährdet und bei andauernden Manipulationen im Uterus mit halber oder ganzer Hand kann es

sehr leicht zu secundärer Wehenschwäche kommen. Wenn dann der Kopf nicht zangengerecht steht, der Muttermund nicht völlig erweitert ist und Indicationen zur Beendigung der Geburt auftreten, so ist das Kind auch nicht zu retten. Diese Handgriffe können vielleicht für die Klinik von grossem Werte sein, wo man meist eine Kreissende vom Beginn der Geburt an in Beobachtung hat und bei beweglichem Kopf umwandeln kann. In der Poliklinik und der Privatpraxis werden wir leider meist erst dann hinzugezogen, wenn sich dem Fortschreiten der Geburt Hindernisse entgegenstellen. Dann ist es aber gewöhnlich zum Umwandeln zu spät; bei mehreren unserer poliklinischen Fälle war die Umwandlung versucht worden, misslang aber.

Ausserdem stehen der Umwandlung noch andere Bedenken entgegen. Nach längerer Geburtsdauer hat sich doch der Kopf conformiert und sieht, wie die Erfahrung lehrt, mehr oder weniger dolichocephal aus; würde es nun wirklich gelingen umzuwandeln, dann würde der Geburtsverlauf sehr protrahiert, da eine ganz neue Schädelconformation notwendig wäre. Die mentolateralen Gesichtslagen sind wie auch Hamacher[16]) bestätigt, gerade bei in der Conjugata vera verengten Becken häufiger; bei diesen ist wieder secundäre Wehenschwäche nicht selten. So kann es besonders nach sehr eifrigen Umwandlungsversuchen geschehen, dass die Wehen überhaupt nicht mehr kräftig genug sind, um den Schädel aufs neue zu conformieren. Man hätte dann aus einer vielleicht noch günstig verlaufenden Gesichtslage eine sehr ungünstige Schädellage gemacht.

Unsere Ansicht finden wir von Dührssen[17]) bestätigt, indem er bei der Behandlung der Gesichtslagen sagt:

„Was die manuelle Umwandlung der Gesichtslagen in Schädellagen durch combinierte Handgriffe von innen und aussen anlangt, so hat Verf. von derselben bei grossen dolichocephalen Köpfen keinen Erfolg gesehen, in den übrigen Fällen aber nie ein Bedürfnis nach derselben empfunden.“ —

Fassen wir nun die Resultate unserer Betrachtungen noch einmal kurz zusammen, so kämen wir zu dem Ergebnis, dass die Umwandlung von mentolateralen Gesichtslagen in Schädellagen in den meisten Fällen unmöglich sein wird. Die Zange als Extractionsmittel ist in einigen Fällen möglich, in vielen unmöglich. Wo sie angelegt wurde, verfehlte sie ihren Zweck, da es in 94,4% der

Fälle nicht gelang, ein vorher lebendes Kind auch lebend zu Tage zu fördern, während die Mutter bisweilen grosser Gefahr ausgesetzt wurde.

Was ergiebt sich daraus für unsere Therapie der mentolateralen Gesichtslage? Wir werden derartige Fälle natürlich wie jede Gesichtslage, zunächst rein exspectativ behandeln, da das Kinn sich noch im letzten Momente nach vorne drehen kann. Treten jedoch Zufälle von Seiten der Mutter ein, die eine sofortige Entbindung erheischen, wie Fieber, Druckerscheinungen, Coma, Blutungen, Eclampsie, so zögere man nicht lange mit Zangenversuchen, sondern perforiere gleich das Kind, auch wenn es noch leben sollte. Ein einziger, unter aller Schonung und Vorsicht ausgeführter Zangenversuch wäre allenfalls zu gestatten. Fällt derselbe jedoch negativ aus, so lasse man die Perforation gleich folgen. Wir schliessen uns ganz den Worten v. Hellys[6]) an, welcher sagt: „Die Möglichkeit einer Zangenapplication schliesst nicht auch ihre Notwendigkeit in sich, am allerwenigsten ihre Gefahrlosigkeit".

Spoendly[18]) berichtet von einer Kephalothrypsie bei Gesichtslage, nach welcher er die Frau verloren hatte, und meint, dieselbe hätte am Leben erhalten werden können, wenn die Operation gleich im Anfang der Geburt unternommen worden wäre; aber es war sein erster derartiger Fall und er glaubte, „wie die meisten Anfänger, von angestrengten Zangenversuchen alles erwarten zu dürfen."

Die Gefahr der wiederholten Zangenapplicationen ist zu gross, die Perforation des Kindes dagegen für die Mutter eine ungefährlichere Operation, als die wiederholte Zangenanwendung.

Es ist mir zum Schluss eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Professor Dr. Gusserow, meinem hochverehrten Lehrer, für die gütige Überlassung des Materials, sowie Herrn Privatdocenten Dr. Dührssen, dem ich die Anregung zu dieser Arbeit verdanke, für die ausserordentlich liebenswürdige Unterstützung bei derselben meinen herzlichsten Dank abzustatten.

Litteratur.

1. Schröders Lehrbuch der Geburtshilfe bearb. von Olshausen und Veit.
2. v. Helly: Über den Gebrauch der Zange bei Gesichtslagen. Prager Vierteljahrsschrift. Jahrgang XVI.
3. Poppel: Bericht über die Ereignisse in der geburtshilflichen Poliklinik der königl. Ludwig-Maximilians-Universität München.
   Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten, Band 24.
4. Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten. Band 15.
5. Referat von Martin ibid.
6. Boisleux: Contribution à l'étude du pronostic et de traitement de la présentation de la face. Thése de Paris 1886.
7. H. Fasbender: Berliner Beiträge zur Geburtshilfe und Gynaekologie: Über Gesichtslagen.
8. Milne Murray im Edinbg. med. Journal. April 1882.
9. Virchow-Hirsch's Jahrbuch 1882. Seite 556.
10. Ziegenspeck Volkmanns klinische Vorträge No. 284.
11. Fränkel: Beiträge zur Kenntnis der Ursachen der Gesichtslagen. Inaug.-Dissertation. Berlin 1873.
12. Breisky: Zur Lehre von den Gesichtslagen.
    Monatsschrift f. Geburtsk. u. Frauenkrankheiten. Band 32.
13. Hecker: Über die Schädelform bei Gesichtslagen.
14. Kamm: Inaug.-Dissertation, Breslau 1879.
15. Braxton Hicks: Zangenapplication bei Gesichtslagen in mentolateraler Position. Schmidts Jahrbücher 1875, Seite 215.
16. Hamacher: Stirn- und Gesichtslagen. Inaug.-Dissertation, Würzburg 1887.
17. Dührssen: Vademecum der Geburtshilfe.
18. Spöndly: Über Gesichtslagen. Monatsschrift f. Geburtskunde und Frauenkrankheiten. Band 33.

Thesen.

I.

Gesichtslagen mit zur Seite gerichtetem Kinn sind exspectativ zu behandeln, bis eine Indication von Seiten der Mutter oder des Kindes auftritt. Alsdann ist ein vorsichtiger Zangenversuch gestattet; misslingt er, so ist die Perforation auch des lebenden Kindes anzuschliessen.

II.

Bei Blutungen post partum aus leerem Uteruscavum ist die Jodoformgazetamponade des Uterovaginalkanals nach Dührssens Methode bei antiseptischer Ausführung das sicherste Mittel zur Stillung der Blutung.

III.

Der Versuch einer abortiven Behandlung des Abdominaltyphoids mit Calomel ist zu verwerfen.

Lebenslauf.

Verfasser, Oscar Salomon, mosaischer Religion, Sohn des Kaufmanns Gustav Salomon, wurde am 9. October 1867 zu Neuwied (Kreis Neuwied, Reg.-Bezirk Coblenz) geboren. Seine wissenschaftliche Ausbildung erhielt er auf dem Königlichen Gymnasium zu Neuwied, welches er Ostern 1886 mit dem Zeugnis der Reife verliess, um sich dem Studium der Medicin zu widmen. Er bezog zunächst die Universität Würzburg, wo er im Februar 1888 die ärztliche Vorprüfung bestand; dann siedelte er nach München über und genügte hier vom 1. April bis 1. October 1888 seiner Militärpflicht beim königl. bayer. 2. Infanterie-Regiment „Kronprinz". Im Wintersemester 1888/89 wurde er an der hiesigen Friedrich-Wilhelms-Universität immatriculiert. Vom 1. Mai 1889 bis 1. November war er dann an der inneren und chirurgischen Station des hiesigen jüdischen Krankenhauses bei Herren Geheimrat Professor Dr. Jacobson und Dr. James Israel als Famulus thätig, denen er sich stets zum aufrichtigsten Danke verpflichtet fühlt.

Am 3. Februar 1890 bestand er das Tentamen medicum und am 20. Februar 1890 das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren:

in Würzburg: Decker, E. Fischer, Fick, Geigel, v. Kölliker, Kohlrausch, v. Sachs, O. Schultze, Semper, Stöhr;

in München: v. Nussbaum;

in Berlin: B. Baginsky, Bardeleben, v. Bergmann, Bramann, Fräntzel, Gerhardt, Gusserow, Jacobson, Koch, L. Lewin, Leyden, Liebreich, Martin, Martius, Nagel, Olshausen, Schöler, Schweigger, Strassmann, Uhthoff, Virchow.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser seinen verbindlichsten Dank aus.